

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°.....

THÈSE 330

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

AZOUZ Joseph Robert

né le 23 Mai 1911, à Constantinople (Turquie)

**Considérations sur le Traitement
Chirurgical des Tumeurs mixtes
du Voile du Palais**

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

**Considérations sur le Traitement
Chirurgical des Tumeurs mixtes
du Voile du Palais**

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

AZOUZ Joseph Robert

né le 23 Mai 1911, à Constantinople (Turquie)

Considérations sur le Traitement Chirurgical des Tumeurs mixtes du Voile du Palais

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LA VASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME ... (Obstétrique.
 LANTUEJOUL. (

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

à titre permanent

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

MM.		MM.	
PASTEUR-VALLERY-RADOT.	Cli-	ABRAMI Clinique médicale.	
	nique médicale.	ALAJOUANINE. Clinique médicale.	
SEZARY	Clinique médicale.	AUBERTIN ... Clinique médicale.	
ECALLE	Clinique obstétricale.	BRULE	Clinique médicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.	CHABROL Clinique médicale.	
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.	CHIRAY	Clinique médicale.
LEVY-SOLAL..	Clinique obstétricale.	DONZELOT ..	Clinique médicale.
METZGER	Clinique obstétricale.	DUVOIR	Clinique médicale.
		LIAN	Clinique médicale.

MM.	
BASSET	Clinique chirurgicale.
BROcq	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
GATELLIER ..	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
QUENU	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
VELTER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Je dédie ces quelques pages, léger
témoignage de mon profond amour
filial, et de mon infinie reconnaissance
pour tous les sacrifices qu'ils se sont
imposés pour moi, pendant de longues
années.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous fait, en acceptant la prési-
dence de notre thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON,

Monsieur le Professeur H. HARTMANN,

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE,

Monsieur le Professeur LEGUEU,

Monsieur le Professeur agrégé MOREAU,

Monsieur le Docteur BRÉCHOT,

Monsieur le Docteur APERT,

Monsieur le Docteur MILIAN,

Monsieur le Docteur CATHALA,

Monsieur le Docteur HAUTANT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. OMBREDANNE
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

INTRODUCTION

Parmi les moyens d'investigation scientifiques qui viennent actuellement à l'aide de la clinique, les méthodes anatomo-pathologiques figurent au nombre des plus sûres. Lorsque l'examen histologique d'une tumeur ou d'une formation inflammatoire a donné un résultat précis, les cliniciens s'y fient en général, aveuglément. Sans vouloir porter atteinte à ce prestige de l'anatomie pathologique, nous voudrions montrer dans ce travail qu'il existe des cas où ses méthodes peuvent être en défaut et où elles restent inférieures à la simple observation clinique.

Il est vrai que l'histologie actuelle des néoformations — tout au moins leur histologie pratique, la seule qui importe au clinicien — est basée sur la distinction fondamentale entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Nous ne pouvons insister, ici, sur tous les caractères de ces deux grandes catégories de néoformations. Nous voudrions, seulement, montrer dans ce travail que cette distinction peut ne pas être aussi nette qu'on ne se le représente habituellement.

Certes, il est indispensable de la maintenir au

risque de voir disparaître toute certitude dans l'anatomie pathologique des tumeurs, mais, d'autre part, il faut montrer que dans certains cas on peut observer des formes intermédiaires entre la tumeur absolument bénigne et le cancer.

Il en est incontestablement ainsi des tumeurs mixtes et, en particulier, des tumeurs mixtes du voile du palais qui font l'objet du présent travail. Si l'on en croit les résultats des travaux anatomo-pathologiques les plus modernes, les tumeurs mixtes sont des épithéliomas. On y constate des images microscopiques qui, partout ailleurs, devraient faire conclure à l'existence d'un cancer. Cependant, au point de vue clinique, ces tumeurs s'accroissent avec une grande lenteur, n'envahissent que peu ou pas les tissus environnants, ne s'accompagnent pas d'adénopathie (sauf les réserves que nous allons faire plus loin à propos d'une de nos observations) et ne métastasent pas.

Au point de vue théorique, on pourrait discuter sur les données de l'histologie, montrer qu'il existe des tumeurs malignes d'une tendance extensive moindre, etc..., mais, au point de vue pratique, il faut savoir prendre une décision et ne pas se perdre dans les subtilités de la science. Or, ce travail a un but essentiellement pratique : la recherche des indices qui permettent de poser le mieux possible les indications thérapeutiques de ces tumeurs et la description des procédés chirurgicaux les plus appropriés.

Avant d'aborder le problème du traitement proprement dit qui nous retiendra le plus longtemps, nous résumerons rapidement l'aspect clinique des tumeurs mixtes du voile du palais et leur diagnostic (Chapitre I). Nous esquisserons également une étude anatomo-pathologique, indispensable à la compréhension des problèmes thérapeutiques (Chapitre II).

Nous étudierons, ensuite, les indications thérapeutiques (Chapitre III), et, enfin, les divers procédés chirurgicaux mis en œuvre.

Nous avons placé en tête de notre travail, deux observations que M. le Docteur M. Ombrédanne a bien voulu nous confier. Ce sont elles qui nous ont donné l'idée de faire ce travail et ce sont elles qui illustreront les principaux points nouveaux qui seront exposés dans les pages suivantes.

OBSERVATION I

Madame G..., 54 ans, avait été opérée par nous, il y a 6 ans (avril 1929), dans le service de M. Bourgeois; elle présentait une volumineuse tumeur de la région amygdalo-palatine gauche. Une biopsie pré-opératoire avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire typique à globes cornés.

Sur la foi de cette biopsie, nous avons fait une ligature préalable de la carotide externe gauche, puis enlevé en bloc au bistouri électrique, la tumeur velo-palatine et l'amygdale, en achevant l'interven-

tion par une coagulation des parois de la vaste brèche opératoire. Un petit ganglion situé à l'origine du tronc thyro-linguo-facial avait été prélevé au cours de la ligature de la carotide : l'examen histologique avait montré qu'il était le siège d'un envahissement épithéliomateux très limité.

Les suites opératoires furent assez simples et la malade quitta le service le 20^e jour, après retouche à la coagulation diathermique d'un gros bourgeon du pilier postérieur gauche. Puis, elle fut perdue de vue pendant 6 ans.

Quelle n'est pas notre surprise de la voir revenir au moins de janvier 1935, dans le service de M. le Docteur Hautant, à l'hôpital Tenon, en nous demandant de la réopérer.

Elle s'était très bien portée jusqu'au mois d'août dernier, mais, depuis cette date, une tumeur était réapparue dans la partie gauche de son voile, au même endroit que la première fois, puis avait grossi petit à petit, gonflant la joue, gênant la mastication, modifiant même depuis peu l'élocution.

A l'examen, la région palato-amygdalienne gauche apparaissait comblée par une masse pâle bosselée, lisse, dure, sillonnée de traînées scléro-cicatricielles. Elle semblait au palper s'étendre loin en arrière, loin également en dehors, vers la région parotidienne et même en avant vers la joue.

Ferme, indolore, cette tumeur bosselée, non ulcérée ne s'accompagnait d'aucune adénopathie cervicale ni sous-maxillaire.

Fort étonné de voir récidiver à si longue échéance un épithélioma, dont l'exérèse n'avait probablement pas dû être complète et pensant à une tumeur mixte, nous faisons une nouvelle biopsie qui montre, cette fois, l'existence dans tous les fragments examinés, d'une tumeur mixte, sans aucune dégénérescence épithéliomateuse.

La malade est réopérée le 26 janvier, sous anesthésie générale au chloroforme par sonde nasale. Après incision paramédiane gauche de la face buccale du voile, nous abordons la tumeur qui, malheureusement, du fait de la première intervention, ne se laisse pas cliver. Il faut sculpter au bistouri, en passant au plus près de la face profonde de la buccale, deux lambeaux palatins latéraux. Puis à la pince de Luc, morceler de proche en proche la plus grande partie de la tumeur, sous forme de masses blanc-grisâtres, fermes, ayant absolument l'aspect d'un néoplasme.

Cette résection, comme le faisait prévoir la radiographie, s'étend très loin en arrière et en dehors vers la région ptérygoïdienne dont certaines limites osseuses, et en particulier l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde paraissent détruites; la région sous-parotidienne est, elle aussi, évidée en grande partie à la pince.

Cette intervention est presque exsangue, et nous pouvons suturer le voile du palais aux crins sur un tamponnement de sécurité enlevé 24 heures après.

La malade quitte le service le 12^e jour, entièrement cicatrisée.

Nous avons, au cours de l'opération, prélevé plusieurs fragments microscopiquement très suspects : l'examen histologique de chacun d'eux a confirmé l'absence d'épithélioma, et maintenu le diagnostic de tumeur mixte. (Leroux-Robert.)

Parmi les coupes histologiques :

Dans les unes, on note l'existence d'un tissu fibroblastique dense, infiltré de boyaux nettement épithéliomateux de type malpighien spino-cellulaire à évolution épidermoïde presque complète. Ceci justifie l'interprétation de la biopsie faite en 1929;

Dans les autres, on trouve les éléments d'une tumeur nettement « mixte », c'est-à-dire formée de grandes plages d'aspect myxoïde ou cartilagineux et d'amas épithéliaux semblant se disperser dans un stroma tantôt très lâche, tantôt hyalin.

Ces deux descriptions, en apparence divergentes, montrent, cependant, qu'il s'agit d'une tumeur « mixte » à évolution myxoïde et pseudo-cartilagineuse incomplète, avec des zones épithéliales pleines, formées de cellules du type « à épines » du corps muqueux (zones adamantinoïdes) qui, en quelques endroits subissent une maturation épidermoïde complète avec formation de globes cornés.

OBSERVATION II

Madame B..., 35 ans, a une histoire toute différente : elle vient nous consulter, en janvier 1935, pour une légère gêne de la parole, un peu de surdité gauche et un peu de nasonnement.

Or, cette malade qui n'accusait aucun trouble fonctionnel important, qui n'était gênée ni au point de vue respiratoire, ni au point de vue déglutition présentait une énorme tumeur du voile du palais. Cette tumeur d'un volume tout à fait exceptionnel (mandarine) occupait les trois quarts de la surface normale du voile : elle bombait au centre de la cavité buccale en surplombant la base de la langue, mais développée à l'origine dans la moitié droite du voile du palais, elle était devenue médiane en repoussant à gauche l'hémivoile gauche et la luette.

Si bien que cette malade, avait un orifice buccopharyngé complètement latéralisé à gauche, réduit aux dimensions les plus minimes puisqu'il admettait à peine l'index ; et pourtant elle n'accusait aucune gêne ni pour respirer, ni pour avaler !

Cette tumeur arrondie, lisse, de coloration rose pâle, non ulcérée, absolument indolente, donnait au palper une impression de fermeté élastique, comme celle d'un kyste sous tension.

Elle levait en haut la fibromuqueuse qui double le palais osseux en y créant un sillon très net, d'autant plus marqué que le raphé médian était

entraîné presque transversalement vers la gauche.

Elle reposait en bas sur la base de la langue, et la dépression forcée de celle-ci à l'abaisse langue permettait à peine d'apercevoir le pôle inférieur de la tumeur. La région amygdalienne droite était invisible ; la palpation du cou négative.

L'examen rhinoscopique antérieur ne montrait pas de voussure du plancher des fosses nasales.

La rhinoscopie postérieure et le toucher rhinopharygien étaient impossible du fait de l'extension haute et postérieure de cette énorme masse, et des dimensions très réduites de l'isthme bucco-pharyngé.

Etant donné que cette tumeur s'était au dire de la malade, très lentement développée (depuis 4 ans au moins), étant donnés d'autre part son siège et son aspect, le diagnostic de tumeur mixte était vraisemblable : il devait être confirmé par une biopsie.

L'incision pratiquée en plein centre de la voussure palatine franchit d'abord une muqueuse souple, puis traverse une sorte de coque assez mince. Elle donne issue à un contenu qui s'échappe brusquement de ses lèvres, sous forme de gelée blanc-grisâtre d'aspect myxomateux, puis de fragments plus fermes, dont certains sont presque cartilagineux.

L'examen histologique de ces différents fragments précise qu'il s'agit bien d'une tumeur mixte.

La malade est opérée le 25 Janvier sous anesthésie générale, en position de Rose, sans aucune ligature artérielle préalable.

Pensant que l'inhalation d'éther par la bouche serait très difficile, et craignant d'être obligé de tamponner le pharynx ou le cavum, au cours ou après l'extirpation de cette énorme tumeur dont on ne pouvait prévoir à l'avance les limites de l'extension postérieure, nous pratiquons une trachéotomie temporaire, qui permet d'obtenir par la canule une excellente anesthésie au chloroforme.

Nous incisons verticalement le voile notablement à gauche du centre de la tumeur, de façon à nous rapprocher du milieu réel du voile. La tumeur apparaît aussôt et se laisse cliver d'avec la muqueuse buccale du voile. Sa face antérieure, son pôle inférieur et ses faces latérales sont ainsi dégagées. Par contre en arrière elle a détruit la nasale et les adhérences sont intimes avec la face latérale du cavum. Ne parvenant plus à cliver, nous avons recours à la manœuvre suivante : nous évacuons par la brèche de biopsie la totalité du contenu de la tumeur, grâce à une série de pressions latérales et de bas en haut. Nous transformons ainsi la tumeur en un *sac* dont *l'orifice inférieur* répondant à la brèche de biopsie, est saisi et fermé par une pince à traction, dont la *partie moyenne* passe à travers les deux lèvres de la buccale, puis franchit la nasale spontanément détruite et les muscles dilacérés ; dont le *fond* adhère fortement en haut et en dehors à la région ptérygoïdienne.

Nous pédiculisons alors ce gros sac par torsion sur son axe, et le saisissant avec la puissante pince

d'Hautant le plus près possible de son extrémité supérieure, nous le désinsérons de ses fortes adhérences au cavum. L'extirpation se fait ainsi en totalité, sans déchirure de la poche.

La cavité opératoire est très profonde, son fond répond à l'aile ptérygoïdienne dont le crochet dénudé est aisément perçu à bout de doigt. L'absence d'hémorragie dispense de tamponnement. La reconstitution du voile se fait aisément par suture aux crins fins.

L'intervention se termine par l'ablation de la canule et la fermeture totale de la plaie de trachéotomie en deux plans.

Les suites opératoires sont très simples : un gonflement sous et rétro-maxillaire droit, apparu le lendemain, disparaît au troisième jour. Les fils du voile sont enlevés le huitième jour et la malade sort du service guérie au dixième jour avec un voile complètement cicatrisé.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

Berger, en 1898, fut l'un des premiers à décrire la symptomatologie fort simple des tumeurs mixtes du voile du palais, et l'on ne peut guère ajouter à cette description que quelques détails. Aussi, nous en tiendrons-nous à cette description, tout au moins dans ses grandes lignes.

Berger a déjà noté que les *troubles fonctionnels* sont minimes dans ces tumeurs : il est bien rare que les malades viennent consulter pour un trouble de la respiration ou de la déglutition. Ainsi, nous avons vu que, dans notre seconde observation, la malade ne se plaignait que de fort peu de choses, malgré le volume considérable de la tumeur. Bourgeois et Ill ont noté la même tolérance.

On peut donc dire que dans la presque totalité des cas, les malades viennent consulter parce qu'ils ont remarqué une tuméfaction au niveau du voile. Cette tuméfaction est indolore, strictement unilatérale, tout au moins au début et ne s'accompagne pas d'ulcération. Non seulement il n'y a pas d'ulcéra-

tion, mais la tumeur est recouverte d'une muqueuse parfaitement saine, glissant sur elle et ne subissant aucun changement de coloration. La consistance de cette tumeur est dure par endroits, molle ou fluctuante à d'autres et cette hétérogénéité s'explique par sa structure histologique.

La tumeur est mobile également sur les plans sous-jacents. Malgré le volume souvent considérable qu'elle atteint parfois, son extension est toujours limitée par le raphé médian. Selon les auteurs classiques, elle ne pourrait jamais pénétrer dans les fosses nasales (Tillaux). Nous avons vu, cependant, qu'au cours de son accroissement, elle peut même éroder les parois osseuses des fosses nasales (Observation II). Ces lésions des tissus environnants ne constituent pas un indice de malignité ; elles se produisent par compression.

Les tumeurs mixtes bénignes ne s'accompagnent pas d'adénopathie ou bien ne s'en accompagnent que lorsqu'il y a une cancérisation nette avec ulcérations, etc. Une des particularités importantes de notre première observation est l'existence d'un ganglion à la naissance du tronc thyro-linguo-facial, ganglion dont l'examen microscopique a montré la nature épithéliomateuse. Il n'est pas douteux que la constatation clinique d'un ganglion cancéreux change généralement de tout au tout les indications thérapeutiques et le pronostic d'une tumeur quelle que soit sa localisation. L'évolution clinique a montré cependant dans ce cas l'absence de toute

tendance à la malignité. L'unique ganglion extirpé, aucune généralisation et aucune récurrence locale n'a été observée.

L'évolution de ces tumeurs se fait dans la majorité des cas vers un accroissement progressif. Celui-ci est très lent et peut atteindre de nombreuses années, jusqu'à 40 (Berger). Dans certains cas, la tumeur peut subir une dégénérescence cancéreuse et alors l'aspect clinique change complètement. On voit apparaître des lésions de la muqueuse, la tumeur cesse d'être mobile et des ganglions apparaissent à l'angle de la mâchoire et le long de la chaîne carotidienne.

En dehors de cette éventualité, le pronostic des tumeurs mixtes est bénin, contre tout examen histologique, comme on a pu le voir dans notre première observation.

Le diagnostic différentiel des tumeurs mixtes soulève souvent des problèmes assez délicats à résoudre. Dans les cas typiques, l'existence d'une tumeur du voile bien limitée, mobile, unilatérale doit faire penser à une tumeur mixte. Nous verrons cependant que des erreurs sont possibles car d'autres tumeurs peuvent revêtir cet aspect et parce que des tumeurs mixtes traitées peuvent se présenter avec des allures anormales.

Nous ne faisons que mentionner les lésions inflammatoires du voile : tuberculose, syphilis gom-

meuse, mycoses, etc., qui s'extériorisent rapidement sous la forme d'ulcérations. Or, nous avons vu que ce n'est jamais le cas pour les tumeurs mixtes.

Dans les cas typiques, le diagnostic est également relativement facile avec les tumeurs malignes : sarcomes, lymphosarcomes, épithéliomas, etc. En effet, ces dernières augmentant rapidement de volume, adhèrent aux tissus environnants et s'ulcèrent. Il y a cependant des cas très difficiles où de petits épithéliomas, restant longtemps encapsulés revêtent exactement l'aspect des tumeurs mixtes. Comme nous le verrons, rien, pas même l'anatomie pathologique, ne peut trancher ici le diagnostif, sauf l'évolution de la maladie. Nous rencontrons ici cette notion de la malignité ou bénignité relative des tumeurs vélopalatines.

Le diagnostic est encore difficile avec certaines tumeurs bénignes : lipomes, angiames et surtout les fibromes. L'existence de ces derniers a été mise en doute au niveau du voile par Lenormant ; il existe cependant des cas authentiques (Malan, Becuwe). Les fibromes ont exactement le même aspect que les tumeurs mixtes, d'ailleurs leur traitement et leur pronostic est aussi exactement le même.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs mixtes du voile du palais, ont donné lieu à des descriptions aussi multiples que variées. L'origine de ces tumeurs tout comme la nature même des éléments cellulaires qui les constituent sont interprétées différemment selon les auteurs.

A l'examen macroscopique. — La section offre un aspect variable. Le plus souvent, elle présente une coloration blanc-rosâtre mouchetée de placards jaunâtres et découpée par des travées blanches qui sont formées, soit d'un tissu fibreux riche en vaisseaux, soit d'une substance molle d'aspect mucoïde, soit même d'ilots cartilagineux. Parfois prédomine le cartilage, parfois coexistent des cavités remplies de liquide mucoïde.

Au point de vue histologique. — Nous allons étudier successivement le tissu épithélial, le tissu conjonctif.

Le tissu épithélial : C'est à propos de ce tissu qu'ont eu lieu de vives discussions. Nous distinguerons avec Dillange les formations malpighien-

nes, les formations pseudo-glandulaires, enfin les formations glandulaires vraies.

Les formations malpighiennes se présentent en amas plus ou moins considérables. Certaines d'entre elles subissent une transformation cornée, et ces amas de cellules malpighiennes rappellent ainsi la coupe d'un épiderme complet. D'autres fois, ce sont des amas de cellules à disposition baso-cellulaire. On voit souvent au sein de ces masses de véritables globes épidermiques.

Les formations pseudo-glandulaires doivent être rattachées à ces épithéliums malpighiens; en fin les formations glandulaires vraies dont l'importance est variable selon les auteurs. Signalons les « cellules indifférentes » de Forgues et Roux, des kystes, des pseudo-kystes décrits par Letulle. Tous ces éléments épithéliaux quelle que soit leur forme, se mélangent les uns aux autres sans qu'il soit possible de saisir de transition.

Le tissu conjonctif présente des aspects variables. Parfois c'est un aspect de tissu conjonctivo-vasculaire banal. D'autres fois cependant, des cellules nombreuses fusiformes donnent l'allure d'un sarcome fuso-cellulaire. Ailleurs, la substance fondamentale est constituée par des fibres collagènes assez rares et dissociées par une substance amorphe à réaction muqueuse : c'est le tissu myxoïde. Ailleurs, ce sont de petits îlots de cellules graisseuses. Enfin, des formations cartilagineuses : soit cartilage vrai (rencontré exceptionnellement) soit des

aspects pseudo-cartilagineux réalisés par des cellules étoilées anastomotiques rappelant le cartilage embryonnaire. Lemaître a décrit également des formations osseuses.

On s'est demandé, en présence d'une constitution histologique aussi complexe, quelle était l'origine de ces tumeurs. A ce propos plusieurs théories sont en présence :

Pour les Allemands en particulier Volkmann, les éléments épithélioïdes des tumeurs mixtes seraient développés au dépend de l'endothélium des fentes lymphatiques du tissu conjonctif. Les tumeurs mixtes seraient en réalité des tumeurs uniquement conjonctives. Cette théorie n'a plus qu'un intérêt historique.

Des travaux plus récents sur l'histologie de ces tumeurs (R. Leroux, J. Leroux-Robert, Dillange) concluent au fait suivant : les tumeurs mixtes sont des épithéliomas. « Nous ne pouvons qu'être frappés de la similitude entre les épithéliomas salivaires, et ceux du pancréas ou de la glande mammaire. Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires, tout en conservant une caractéristique régionale incontestable, rentrent dans le cadre des épithéliomas des parenchymes glandulaires. »

Enfin, une troisième théorie constitue la théorie embryonnaire. Les tumeurs mixtes sont ici interprétées comme des tumeurs d'origine embryogénique. Ce sont des « dysembryomes » (Letulle) résultant de malfaçons, de défectuosités architecto-

niques, d'îlots cellulaires inutiles au cours du développement de l'embryon, et « prédestinés aux métamorphoses tumorales » (Roux). Ainsi que le décrit Roux dans sa thèse, les divergences commencent à propos de cette théorie, lorsqu'il s'agit de localiser dans le temps la « malfaçon » et de déterminer le moment de l'inclusion : pour les uns, c'est dans les premières heures du développement que se fait cette inclusion, théorie blastomérique, théorie nodale. Pour les autres, il s'agit d'une inclusion de l'appareil branchial. Pour d'autres enfin, elle se produit plus tardivement au moment du bourgeonnement de l'ébauche parotidienne.

CHAPITRE III.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Avant d'aborder l'étude des procédés thérapeutiques mis en œuvre dans le traitement des tumeurs mixtes du voile du palais, nous allons étudier les éléments cliniques et histologiques qui permettent de poser les indications de chaque procédé. Cette étude est certainement la plus difficile de ce travail car, il faut l'avouer, nous ne possédons aucun élément de certitude. Les indications se posent sur des impondérables et les erreurs commises sont assez fréquentes. Il faut cependant se dire que les tumeurs mixtes sont des tumeurs bénignes ou tout au moins douées d'une faible malignité ; ce qui fait que les erreurs n'ont jamais de conséquences bien graves.

Nous passerons d'abord en revue les éléments cliniques qui interviennent dans les indications opératoires. La discussion de ces éléments est de la plus haute importance, étant donné que c'est surtout sur eux qu'on peut compter.

Le *volume* de la tumeur intervient pour indiquer

une intervention car, malgré la grande tolérance des malades sur laquelle nous avons déjà insisté, on doit enlever les grosses tumeurs qui finiraient par déterminer des troubles fonctionnels. Le volume indique également certaines précautions opératoires sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre suivant.

La *mobilité* de la tumeur est un élément très important. On conçoit en effet qu'une tumeur parfaitement mobile aussi bien sous la muqueuse que par rapport aux plans sous-jacents ne nécessite qu'une intervention limitée, la simple énucléation. Par contre, l'existence d'adhérences aux tissus voisins serait un argument en faveur d'une intervention plus large. Ceci est cependant beaucoup moins absolu, puisque comme on l'a vu dans notre première observation, une tumeur adhérente aux plans profonds peut-être de nature parfaitement bénigne, ne nécessitant qu'une simple extirpation, plus difficile, il est vrai, que dans les cas de tumeur mobile.

L'*état de la muqueuse* et, d'une façon générale, celui des *tissus environnants* est également important à considérer. En dehors des éléments de diagnostic que l'exploration de ces tissus apporte, il est évident que la simple énucléation ne peut plus être pratiquée si les tissus péritumoraux sont atteints. Nous avons vu que ces tissus peuvent être détruits même en cas de tumeur mixte de pronostic tout à fait favorable. Il peut y avoir des adhérences, des foyers de nécrose, etc. Ceci est encore plus fré-

quent lorsque la tumeur a déjà été traitée soit chirurgicalement soit surtout par un procédé physiothérapique (électrocoagulation, radium, etc.).

Reste à envisager encore la question de l'*adénopathie* satellite. On sait que classiquement les tumeurs mixtes ne s'accompagnent pas de localisations ganglionnaires, à moins qu'il n'y ait une dégénérescence cancéreuse. Or, nous avons vu dans notre première observation qu'il peut exister un ganglion, présentant l'aspect macroscopique et microscopique d'un ganglion épithéliomateux, sans que pour cela le pronostic soit le moins du monde aggravé. Il suffit, dans ce cas, d'extirper les ganglions suspects, sans faire une opération large et le pronostic reste excellent. Ajoutons que ce cas est tout à fait exceptionnel et nous croyons l'avoir signalé pour la première fois.

Il nous semble inutile d'insister sur le rôle considérable que jouent les résultats de la biopsie dans les indications thérapeutiques générales d'une tumeur. Dans bien des cas, le chirurgien ne peut porter une décision qu'après l'examen microscopique d'un fragment de tumeur. On sait qu'on a même préconisé à cet égard la biopsie extemporanée au cours de l'intervention chirurgicale.

Or, d'après ce que nous avons vu, il semble bien que la valeur des données anatomo-pathologiques soit bien moindre dans le cas des tumeurs mixtes.

Il existe des tumeurs du voile qui se présentent sous le microscope comme des épithéliomas typiques spino-cellulaires et dont l'évolution clinique dément formellement la nature cancéreuse (Bourgeois et Ill; notre première observation).

Contrairement au principe universellement admis dans la biopsie des tumeurs, il suffit de constater dans une tumeur mixte une zone non épithéliomateuse pour conclure à l'absence de malignité. On ne doit donc pas se fier sur une seule coupe car, comme l'a dit le Professeur Lemaître à propos de l'observation de Bourgeois et Ill, « les tumeurs mixtes vélo-palatines en imposent pour des tumeurs épithéliales quand la biopsie ou même l'examen des pièces opératoires portent sur les seuls éléments épithéliaux. D'autre part, ces disembriomes sont assez fréquents au niveau du voile du palais; ils n'infiltrant pas les tissus mais les refoulent; longtemps encapsulés, ils s'énuclent relativement bien, etc.» en un mot possèdent tous les caractères des tumeurs bénignes.

En somme, dans l'interprétation des coupes, on doit toujours pencher vers la solution optimiste, et, à moins d'avoir dans toutes les parties de la tumeur des images épithéliomateuses, on doit conclure à la nature bénigne de la tumeur. Il existe cependant des cas où l'on s'est trompé dans le sens opposé. Ainsi, Lanos et Aledgemoff ont opéré une tumeur mixte en la traitant par la simple énu-

cléation et ont vu cette tumeur récidiver au bout de un mois.

On voit donc combien il est difficile de poser les indications opératoires et qu'on s'expose à bien des mécomptes en interprétant les résultats de l'examen clinique ou de la biopsie d'une façon trop péremptoire. On peut dire qu'un seul élément permet de se rendre compte de la nature de ces tumeurs, c'est l'évolution de la maladie. Lorsqu'on voit des tumeurs histologiquement étiquetées épithéliomas, rester guéries pendant des années à la suite d'une intervention minime, on ne peut s'empêcher de donner tort à l'anatomie pathologique et être convaincu de la nature bénigne de ces néoformations.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement que l'on pourra appliquer à ces tumeurs mixtes du voile du palais sera soit un traitement chirurgical soit un traitement par les agents physiques.

Disons tout de suite que ce traitement sera avant tout, et le plus souvent chirurgical.

Les agents physiques (radiumthérapie, roentgenthérapie, bistouri électrique) ne seront utilisés que dans quelques cas particuliers que nous signalerons par la suite.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement d'une tumeur mixte du voile du palais bien encapsulée et enucléable est en général facile. On fera soit une anesthésie locale, soit une anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther selon le malade ou les préférences du chirurgien.

On met le malade en position de Rose. Les mâchoires étant fortement maintenues par un écar-

teur, on incise la muqueuse palatine d'avant en arrière jusqu'au tissu même de la tumeur, et dans toute l'étendue de celle-ci. Puis on commence avec la spatule ou avec le doigt l'enucléation de la tumeur qui se fait facilement dans le cas que nous avons envisagé. Les difficultés tiennent à l'espace étroit dans lequel on manœuvre et à l'écoulement sanguin. Cette dernière difficulté est grandement aplanie en pratiquant une aspiration soit par un système de siphon soit par un moteur. On laisse un tamponnement en place pendant 24 heures, si la cavité saigne. Suture aux crins. Tel est le traitement d'une tumeur mixte du voile du palais, bien encapsulée et moyennement étendue.

Les difficultés surgissent dès que la tumeur prend une extension considérable, comme dans notre observation n° 2.

Dans ce cas, l'anesthésie générale sera nécessaire et dans notre observation, nous avons été obligés de pratiquer une trachéotomie temporaire pour permettre l'inhalation de chloroforme par la canule de trachéotomie, en raison de l'importance de l'extension de la tumeur.

On pratique une incision comme précédemment, on commence à cliver la tumeur : Le gros obstacle est constitué par les prolongements qu'envoie la tumeur vers les régions externes et postérieures, dans la région parotidienne dans la fosse zygomatique, dans l'espace pterygo-maxillaire.

Les tractions seules sont incapables parfois de faire sortir le lobe aberrant de la loge où il est enclavé.

Il faut y joindre la propulsion faite avec les doigts sur la surface externe du prolongement de la tumeur.

On pourra utiliser parfois comme dans notre observation n° 2, utiliser l'artifice opératoire suivant :

Après avoir évacué par la bouche opératoire le contenu de la tumeur, on pediculise le sac ainsi obtenu par torsion sur son axe, et à l'aide de la puissante pince de Hautant, on desinsère le sac de ses adhérences profondes, puis on termine l'opération comme précédemment. Tel sera le traitement d'une tumeur mixte du voile du palais quelle soit bien limitée ou au contraire qu'elle ait une grosse extension.

Il reste à envisager le cas où les examens cliniques et histologiques d'une tumeur concluent à l'existence d'une tumeur maligne, bien que en réalité il s'agisse d'une tumeur mixte comme c'était le cas pour notre observation n° 1.

Dans ce cas on sera évidemment obligés d'agir comme en présence d'un cancer, et pratiquer une intervention large sur laquelle nous n'insisterons pas, car elle sort du cadre de notre travail.

LE TRAITEMENT PHYSIOTHERAPIQUE

Nous serons brefs sur ce chapitre en raison du petit nombre d'indications de ce traitement.

La Radiumthérapie a été utilisé (Layera, Ocosco, Souchet), pour une tumeur mixte du voile du palais récidivée après ablation chirurgicale.

Souchet, chez un de ses malades, appliqua :

Trois aiguilles de bromure de radium de 6 milligrammes et demi, et trois aiguilles de bromure de radium de 3 milligrammes, laissées en place 72 heures.

Ce traitement donna une réaction secondaire intense, tuméfaction de la face et du cou, hyperthermie, mauvais état général, élimination de la tumeur trois mois après l'application de ce traitement. Perforation palatine secondaire du fait de la production d'un point de necrose au niveau du palais dur.

Par conséquent, et c'est la conclusion à laquelle arrivent les auteurs précités, l'emploi de la radiumthérapie devra être très limité en raison du voisinage du palais osseux. On ne devra l'utiliser qu'en cas de récurrence d'une tumeur mixte déjà opérée, et lorsque la nouvelle intervention s'avère impossible.

Enfin signalons un cas de tumeur mixte du voile du palais traité par la roentgenthérapie (Malan, Annales d'Oto-Rhino-Laryncologie 1932), traitement qui provoqua une interruption nette du développement de la tumeur, contrôlé pendant plus de deux ans.

CONCLUSIONS.

1° Les tumeurs mixtes du voile du palais sont fréquentes. Leur histoire clinique est bien connue; nous n'y avons ajouté que deux notions qui ne semblent pas avoir été décrites antérieurement: la possibilité d'une destruction des tissus avoisinants et d'adhérences osseuses, et l'éventualité d'une localisation ganglionnaire, sans que pour cela la tumeur présente cliniquement l'évolution d'une tumeur maligne.

2° La pathogénie et l'anatomie pathologique de ces tumeurs est encore fort obscure. D'après les travaux les plus récents, il semble bien que tous les éléments cellulaires constatés dans les tumeurs mixtes peuvent être d'origine épithéliale. Cette conception expliquerait les discordances de la biopsie et de la clinique.

3° Les indications thérapeutiques et le pronostic de ces tumeurs sont extrêmement difficiles à fixer. Généralement les éléments cliniques fournissent des arguments en faveur de leur nature bénigne et indiquent une intervention chirurgicale limitée. Par contre, la biopsie fournit souvent des renseignements contraires, découvrant dans la tumeur des

éléments épithéliomateux. D'après les observations publiées jusqu'ici et d'après l'une de nos observations, il semble bien que ce sont les données cliniques qui permettent de poser les indications opératoires les plus exactes.

4° Le traitement des tumeurs mixtes du voile est essentiellement chirurgical. Dans la grande majorité des cas, on peut les extirper simplement, leur capsule constituant un excellent plan de clivage. Dans certains cas, en raison de leur volume, leurs adhérences ou de leurs prolongements, l'intervention se complique. Une intervention plus large n'est nécessaire que lorsqu'on a des preuves absolues de la nature maligne de la tumeur. Les méthodes physiothérapiques, comme le radium, ne sont indiquées que dans les récidives non opérables.

VU : *Le Doyen :*

ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse :*

LEMAITRE.

VU et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BECUWE. — Fibrôme du voile du palais. Soc. Laryng. Hôp. Paris, 21 nov. 1932.
- BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais. *Revue de Chir.* 1898, t. 17.
- BOURGEOIS. — Tumeurs du palais, Soc. Laryng. Hôp. Paris, 11 février 1925.
- BOURGEOIS et ILL. — Tumeur péritubaire extériorisée dans le voile du palais. Soc. Laryng. Hôp. Paris, 12 janvier 1927.
- DILLANGE. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. Th. Paris, 1933.
- DURAIN. — Aportación clinica a proposito de un caso de tumor en el velo del paladar. *Siglo Med.* 1 août 1931.
- LANOS et ALAGEMOFF. — Tumeur mixte du voile du palais. Soc. Laryng. Hôp. Paris, 8 déc. 1926.
- LAVERA et OROSCO. — Tumor mixto del velo del paladar. *Prensa med. argent.* 30 déc. 1928.
- LEMAITRE. — Intervention à propos de l'observation de Bourgeois et Ill, Soc. Laryng. Hôp. Paris, 12 janvier 1927.
- LEROUX et LEROUX-ROBERT J. — Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires. *Bull. Ass. fr. pour l'ét. du Cancer*, mai 1934.

MALAN. — Fibrome du palais. Arch. intern. de Laryng. 1923, p. 649.

RAZEMON et Mlle ALPHANT. — Tumeurs mixtes du palais et de la lèvre supérieure. *Echo Méd. du Nord*, 21 avril 1928.

REBATTU et MAYOUX. — Tumeur palatine. Arch. int. Laryng. 1925, p. 890.

SOUCHET. — Tumeur mixte dysembrioplastique du voile du palais traitée et guérie depuis 20 mois par le traitement radiumthérapique après échec du traitement chirurgical. Congr. fr. d'O-R-L. 14 à 17 oct. 1925.

VALEAU. — Sur l'extirpation des tumeurs fibreuses de la région choanale par la voie trans-vélopalatine. Th. Montpellier, 1926.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
CHAPITRE I. — Etude clinique	21
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	25
CHAPITRE III. — Indications thérapeutiques....	29
CHAPITRE IV. — Traitement	35
Le traitement chirurgical	35
Le traitement physiothérapique	38
Conclusions	41
Bibliographie	43
